



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Sanna Ekola & Marianne Kangosjärvi

MUNUAISEN POISTO TÄHYSTÄMÄLLÄ

Potilasohjeistus

Sosiaali- ja terveysala
2013

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Sanna Ekola & Marianne Kangosjärvi
Opinnäytetyön nimi	Munuaisen poisto tähytämällä. Potilasohjeistus
Vuosi	2013
Kieli	suomi
Sivumäärä	38 + 4 liitettä
Ohjaaja	Mirva Sundqvist-Kekäläinen

Tämä toiminnallinen opinnäytetyö on potilasohjeistus Vaasan keskussairaalan osastolle A3. Aiheena on munuaisen poisto tähytämällä. Tarkoituksena ja tavoitteena oli tuottaa potilasohjeistus kyseiseen toimenpiteeseen tuleville potilaille ja heidän omaisilleen sekä tuoda heille tietoa leikkaukseen valmistautumisesta, leikkauksen kulusta ja jatkotoimenpiteistä.

Keskeisiä käsitteitä työssä ovat: munuainen, vatsaontelon tähytys, potilasohjeistus, potilas. Vaikeuksia ohjeistuksen tekemisessä tuotti aiheen tuoreus, sillä hoitotieteellistä tietoa oli haasteellista löytää suomen kielellä. Tutkittua tietoa on etsitty muun muassa Medicistä ja Lindasta. Lähteinä on käytetty myös ajankohtaisia lääketieteellisiä artikkeleja, jotka löytyivät Duodecimista. Lisäksi haastateltiin Vaasan keskussairaalan urologian apulaisylilääkäreitä ja oltiin paljon yhteydessä myös muiden asiantuntijoiden kanssa.

Opinnäytetyössä käsitellään varsinaisen aiheen lisäksi myös munuaissyöpää, koska se on yleisin syy munuaisen poistoon. Lisäksi käsitellään myös hoitajien ohjausvalmiuksia sekä hyvän potilasohjeistuksen ominaisuuksia.

Laadittu potilasohjeistus on Vaasan keskussairaalan uroterapeutin tarkistama ja se tullaan laittamaan Vaasan keskussairaalan internet-sivuille, jossa se on kaikkien luettavissa.

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Hoitotyön koulutusohjelma

ABSTRACT

Authors	Sanna Ekola, Marianne Kangosjärvi
Title	Laparoscopic Nephrectomy. Patient Guide
Year	2013
Language	Finnish
Pages	38 + 4 Appendices
Name of Supervisor	Mirva Sundqvist-Kekäläinen

This practice-based bachelor's thesis is a patient guide that was made to Vaasa central hospital ward A3. The topic was laparoscopic nephrectomy. The purpose and goal was to produce a patient guide for patients, who come to this operation and to their relatives and also give them information about preparing for the surgery, about what happens during and after the surgery.

Keywords in this thesis are: kidney, laparoscopy, patient guide, patient. It was difficult to find nursing science information in Finnish, because the topic was so new. Research information has been searched among others in databases Medic and Linda. The sources include also topical medical articles that have been found in Duodecim. In addition, the deputy chief physician in urology in Vaasa central hospital was interviewed. Also many other experts in the field were contacted.

This bachelor's thesis deals with the actual topic, but also kidney cancer, because it is the most common cause of nephrectomy. The thesis also deals with the nurses' ability to guide and instruct patients and the characteristics of a good patient guide.

The patient guide that has been drawn up is checked by the urotherapist in Vaasa central hospital and it will be placed on the Vaasa central hospital website, where everyone can read it.

Keywords	kidney, laparoscopy, patient guide, patient
----------	---

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO	7
2 TYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	9
3 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ PROJEKTINA.....	10
3.1 Projekti.....	10
3.2 SWOT–analyysi.....	11
4 KESKEISET KÄSITTEET	12
4.1 Munuainen	12
4.2 Vatsaontelon tähytys eli laparoskopia.....	13
4.3 Potilasohjeistus	14
4.4 Potilas.....	15
5 KIRJALLINEN POTILASOHJE.....	16
5.1 Potilaslähtöisyys	16
5.2 Otsikot ja kuvat.....	16
5.3 Tekstin kirjoittaminen.....	17
5.4 Ohjeen ulkoasu.....	18
5.5 Ohjeiden saatavuus	18
6 POTILAAN OHJAUS	19
7 MUNUAISEN POISTO TÄHYSTÄMÄLLÄ.....	21
7.1 Esikäynti	21
7.2 Leikkaukseen valmistautuminen.....	21
7.2.1 Leikkausasento.....	22
7.2.2 Leikkausalueen desinfiointi	22
7.3 Leikkauksen kulku	23
7.4 Leikkauksen jälkeen.....	24
7.5 Potilaan tarkkailu ja hoito osastolla	25
8 MUNUAISSYÖPÄ	27
8.1 Riskitekijät	27

8.2	Oireet.....	27
8.3	Hoito	27
8.4	Ennuste.....	28
9	TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	29
9.1	Aiheen valinta	29
9.2	Työsuunnitelman työstäminen	29
9.3	Opinnäytetyön suunnittelu ja toteutus	30
10	PROJEKTIN ARVIOINTI	32
10.1	Luotettavuus ja eettisyys.....	32
10.2	Tarkoituksen ja tavoitteiden toteutuminen.....	32
10.3	Potilasohjeistuksen onnistuminen.....	33
10.4	Opinnäytetyöprosessin arviointi	33
10.5	Oman oppimisen arviointi.....	34
	LÄHTEET.....	36
	LIITTEET	

LIITELUETTELO**LIITE 1.** Laparoskopinen munuaisleikkaus -potilasohjeistus

1 JOHDANTO

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa potilasohjeistus Vaasan keskussairaalaan tuleville potilaille, joille tehdään munuaisen poisto tähyttämällä. Vaasan keskussairaalan verisuoni-, thoraxkirurginen ja urologinen osasto A3 tilasi meiltä kyseisen ohjeistuksen, koska kyseistä ohjeistusta ei vielä ole tehty ja toimenpide on melko uusi Vaasan keskussairaalaossa. Toistaiseksi kyseinen toimenpide on Vaasassa tehty vain muutaman kerran ja ainoastaan kaksi Vaasan keskussairaalan lääkäreistä on kouluttautunut leikkausta varten.

Mielestämme työ on tärkeä, koska Vaasan keskussairaalaalla ei vielä kyseistä ohjeistusta ole olemassa ja toimenpide on yleistymässä. Kuitenkaan laparoskooppinen leikkaus tuskin tulee koskaan korvaamaan avointa leikkausta laajassa mittakaavassa (Nisén 2012). Potilaiden on tärkeää saada tietoa toimenpiteestä ja mahdollisuus tutustua aiheeseen omassa rauhassa ennen operaatiota.

Tammela (2006) on todennut, että ensimmäiset munuaiset poistettiin hyvänlaatuisten sairauksien takia, mutta laparoskopia laajeni nopeasti myös pahanlaatuisiin sairauksiin. Munuaisen osapoistoja on myös alettu tekemään hieman myöhemmin. Tammela (2006) muistuttaa kuitenkin myös, että vaarana on leikkauksaiheiden muuttuminen ja se, että laparoskooppisesti aletaan poistaa pieniä kasvaimia sisältäviä munuaisia, vaikka ne olisivat hoidettavissa munuaiskudosta säästävällä avokirurgisella osapoistolla. Munuaisen laparoskooppinen poisto on kansainvälisesti hyväksytty käytettäväksi ensisijaisena vaihtoehtona, jos kasvain ei ole kovin suuri (Tammela 2006).

Tutkittua tietoa olemme etsineet muun muassa Medicistä ja Lindasta, mutta totesimme hoitotieteellisen suomenkielisen tiedon löytämisen haastavaksi. Hakusanoina käytimme mm. ”munuainen”, ”munuaisen”, ”laparoskopia”, ja ”potilasohje”. Olemme myös käyttäneet lähteinä ajankohtaisia lääketieteellisiä artikkeleja, jotka löytyivät Duodecimista. Kävimme haastattelemassa Vaasan keskussairaalan urologian apulaisylilääkärinä Patrik Ehnströmiä, joka kertoi meille leikkauk-

sen kulusta. Olimme myös tiiviisti yhteydessä muihin alan asiantuntijoihin. Keskeisiä käsitteitä työssämme ovat munuainen, vatsaontelon tähystys, potilasohjeistus ja potilas. Käsittelemme lisäksi munuaissyöpää, koska se on yleisin syy munuaisen poistoon. Hoitajien ohjausvalmiudet ovat myös oleellinen asia puhuttaessa potilaan hoitoon liittyvästä ohjauksesta, joten käsittelemme myös tätä aihetta.

Lopussa arvioimme opinnäytetyömme onnistumista ja toteutusta. Pohdimme myös eettisiä näkökulmia sekä työn luotettavuutta.

2 TYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa potilasohjeistus Vaasan keskussairaalan osasto A3:lle vatsaontelon kautta tapahtuvaan munuaisen poistoon tuleville potilaille ja heidän omaisilleen.

Kyseistä potilasohjeistusta ei ole olemassa Vaasan keskussairaалassa ja ensimmäinen leikkauksin Vaasassa on tehty vasta 18.9.2012. Kyseinen toimenpide on siis melko uusi, mutta tulee varmaankin yleistymään lähiaikoina. On tärkeää, että sairaalalla on tarjota potilaille kirjallista tietoa leikkauksesta, jotta he pystyvät perehtymään aiheeseen rauhassa kotonakin ja ymmärtävät komplikaatoriskit. Mikäli heille tulee mieleen kysymyksiä toimenpiteestä, voivat he kääntyä lääkärin puoleen.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda potilaille ja heidän omaisilleen tietoa leikkaukseen valmistautumisesta, leikkauksen kulusta ja jatkotoimenpiteistä.

Nisénin (2012) mukaan munuaisen osapoisto on korvannut kokopoiston pienten kasvainten ensisijaisena leikkausmenetelmänä. Mini-invasiivisen vaihtoehdon avoimelle leikkaukselle voi tarjota laparoskopia, käsiavusteinen laparoskopia ja robottiavusteinen laparoskopia. Näihin menetelmiin kuitenkin vaaditaan riittävää kokemusta. (Nisén, 2012.)

Toimenpidettä on kehitelty lähes 20 vuotta. Yleensä leikkaus tehdään vatsaontelon kautta, kuitenkin myös vatsaontelon takainen lähestymistapa on mahdollinen, erityisesti silloin kun kasvaimet ovat munuaisen takapinnalla. On todettu, että tällä leikkauksella voidaan saavuttaa hyviä tuloksia. (Nisén, 2012.)

3 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ PROJEKTINA

Toiminnallinen opinnäytetyö tavoittelee käytännön toiminnan opastamista, ohjeistamista, toiminnan järjeistämistä ja järjestämistä. Toiminnallinen opinnäytetyö voi olla ammatilliseen käytäntöön suunnattu ohje/ohjeistus tai esimerkiksi perehdyttämisoas. Toteutustapana kohderyhmästä riippuen voi olla kansio, portfolio, opas tai CD. Opinnäytetyön olisi hyvä olla työelämlähtöinen, käytännönläheinen sekä toteutettu tutkimuksellisella asenteella ja alan tietojen ja taitojen hallintaa riittävällä tasolla osoittava. (Vilka & Airaksinen 2003, 9-10.)

3.1 Projekti

Projekti on kestäviin tuloksiin pyrkivä aikataulutettu tehtäväkokonaisuus, jota toteuttaa projektiä varten perustettu organisaatio. Jokaisella projektilla on projektia määrittelevät tavoitteet. Tavoitteilla kuvataan muutosta, joka projektilla pyritään saamaan aikaan projektin hyödynsaajien kannalta. Hyvän projektisuunnitelman tulee täyttää seuraavat kriteerit: selkeät, realistiset ja kuvaavat tavoitteet, kattava aikataulu, toimiva johtamismalli ja organisaatio sekä selkeästi määritellyt ja riittävät resurssit. (Silfverberg 2007, 5-6.)

Projektin tulisi olla oppiva prosessi, jolloin yksityiskohtaiset työsuunnitelmat tulisi laatia projektin toteutusvaiheessa. Jos tavoitteita ei saavuteta alkuperäisen suunnitelman mukaan tai ne todetaan epärealistisiksi, on suunnitelmia muutettava. (Silfverberg 2007,7.) Suunnitelmia ei tulisi noudattaa orjallisesti, sillä se ei ole hyvää projektitoimintaa. Onkin todettu, että suunnitelmien noudattaminen on johdannut projektien epäonnistumiseen. (Silfverberg 2007, 10.)

Projektin toteutuksessa oleellista on huolellinen suunnittelu. Keskeisimpiä vaiheita projektissa ovat suunnittelun organisointi, alustavat taustaselvittelyt, alustava rajausta ja lisäselvittelyt, yhteissuunnittelut sidosryhmien kanssa, suunnitelman luonnostelu, arviointi ja viimeistely, työsuunnittelu ja hankkeen toteutus, sekä lopuksi seuranta ja arviointi. (Silfverberg 2007, 14.)

3.2 SWOT–analyysi

Projektin rajausta mietittäessä voidaan käyttää niin sanottua nelikenttäanalyysia eli SWOT-analyysia. Analyysin avulla voidaan selvittää vahvuudet ja heikkoudet sekä tulevaisuuden mahdollisuudet ja uhat. SWOT-analyysi on lyhenne englannin kielen sanoista strength, weakness, opportunity ja threat. (Qualitas 2009.)

Opetushallitus (2012) määrittelee SWOT–analyysin tärkeäksi välineeksi, kun analysoidaan oppimista ja toimintaympäristöä kokonaisuutena. SWOT–analyysia suositellaan toteutettavaksi ennen suunnitteluvaihetta ja sen avulla voidaan ohjata prosessia. Sisäisiä tekijöitä ovat vahvuudet ja heikkoudet, kun taas mahdollisuudet ja uhat ovat ulkoisia tekijöitä. (Opetushallitus 2012.)

Opinnäytetyöprojektin alussa todettiin vahvuudeksi aiheen tärkeys ja kiinnostavuus, joten paneuduttiin työn tekemiseen ahkerasti ja huolehdittiin, että pysyttäisiin aikataulussa. Suomenkielisen hoitotieteellisen tiedon löytäminen oli haastavaa aiheen tuoreudesta johtuen, joten tämä osoittautui työn heikkoudeksi. Heikkoutta oli myös se, että tekijät eivät tienneet tästä aiheesta paljoakaan, mutta pystyivät kääntämään tämän vahvuudeksi, sillä tietoa ja oppia aiheesta haluttiin lisää. Lisäksi heikkoutena oli vaikeus löytää yhteistä aikaa, koska tekijöillä oli työharjoitteluita jolloin työvuorot menivät ristiin.

Mahdollisuutena oli tuottaa potilaille ja heidän omaisilleen ymmärrettävää tietoa toimenpiteestä. Samalla mahdollistettiin esimerkiksi potilaiden leikkaus-pelkojen ja epätietoisuuden vähenemistä. Uhkina koettiin yhteisen ajan puute, josta taas saattoi seurata opinnäytetyön valmistumisen myöhästyminen. Toisena uhkana oli myös se, että tekijät eivät olisi löytäneet tarpeeksi tutkittua tietoa aiheesta.

4 KESKEISET KÄSITTEET

Opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ovat: munuainen, vatsaontelon tähytys, potilasohjeistus ja potilas.

4.1 Munuainen

Latinaksi ren on nyrkin kokoinen parillinen elin. Munuaiset sijaitsevat hyvin suojattuina ja vatsakalvon peittäminä vatsaontelon takaosassa. Terve munuainen puhdistaa joka päivä neljäsataa kertaa koko elimistön veritilavuuden. Virtsaa munuaiset erittävät keskimäärin 1500 ml. (Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polviander & Puska 2009, 323.)

Munuaisten tehtävä on poistaa kuona-aineita ja säädellä kalium-natrium eritystä elimistössä. Lisäksi munuaiset tuottavat punasolujen tuotantoa kiihdyttävää hormonia, jonka vuoksi munuaiset vaikuttavat myös elimistön hapenkuljetuskykyyn. Munuaisilla on myös keskeinen osa veren virtauksen ja verenpaineen säätelyssä. (Alahuhta, Hyväri, Linnanvuori, Kylmäaho, Mukka 2008, 16.)

Munuaisten koveralla puolella on munuaisportti, jonka kautta kulkevat arteria renalis (munuaisvaltimo), vena renalis (munuaislaskimo), ureter (virtsajohdin). Munuaisportin suulla on pelvis renalis (munuaisallas), johon väkevoitunut loppuvirtsan laskee yli miljoonasta virtsansuodatusyksiköstä. (Alahuhta ym. 2008, 16.)

Osalla ihmisistä voi puuttua toinen munuainen tai voidaan todeta niin sanottu hevosenkenkämunuainen. Poikkeavuuksia rakenteessa voi olla myös munuaispikareissa ja -nystyissä. Jo sikiöaika, raskausviikolta 17 lähtien voidaan todeta kystiset munuaiset. Munuaiset saattavat olla normaalia suuremmat sikiöaikana ja niiden kasvu on hidasta. Nuoruusiässä tai aikuisuudessa munuaiset ovat normaalia pienemmät. (Merenmies, Ala-Houhala & Tuomi, 2012.)

Ihmisellä voi olla ainoastaan yksi toimiva munuainen synnynnäisestä tai hankitusta syystä. Syövän tai elinluovutuksen vuoksi tehdyn munuaisenpoiston jälkitila ja

iskeeminen nefropatia ovat eräitä yleistäviä syitä. Kuvantamismenetelmällä pystytään toteamaan munuaisen toimimattomuus. (Wirta 2004.)

Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen (2007) toteavat, että ihminen voi kuitenkin elää täysin normaalia elämää yhdelläkin munuaisella.

4.2 Vatsaontelon tähystys eli laparoskopia

Laparoskopia on vatsanalueelle tehtävä kirurginen toimenpide. Toimenpiteessä vatsanalueelle tehdään pieniä ihoviiltoja, joiden kautta päästään käyttämään instrumentteja ja kameraa joita leikkauksessa tarvitaan. Laparoskooppisesti suoritettu leikkaus on varteenotettava vaihtoehto perinteiselle avoimelle leikkaukselle, koska se on mini-invasiivinen, tuottaa potilaalle vähemmän kipua ja toipuminen leikkauksesta on nopeampaa. Laparoskooppista kirurgiaa käytetään useimpien munuaiskasvainten hoidossa. (Monterey Bay Urology Associates, 2003-2007.)

Vatsaontelon tähystyksessä tähystin viedään vatsaontelon sisään ihon läpi. Tähystyksessä vatsaonteloon viedään kaksi putkea, joista toinen on itse tähystin ja toisen tehtävä on pumpata vatsaan hiilidioksidia näkyvyyden parantamiseksi. Toimenpide tehdään yleensä nukutuksessa. (Duodecim 2012.)

Tammela (2006) toteaa, että kirurgia on kehittynyt viimeisten vuosikymmenien aikana hyvin nopeasti. Kirurgian kehittymisen on mahdollistanut lisääntynyt tieto sairauksista ja paranemisprosesseista sekä tekniikan kehitys. Leikkauksen aiheuttaman trauman tulisi olla mahdollisimman pieni, joten yleisenä suuntauksena onkin ollut pyrkimys mini-invasiivisiin tekniikoihin. Tällöin pystytään vähentämään leikkauksenjälkeistä kipua ja nopeuttamaan parantumista. Näin tulee myös säästää sairaalahoitoajoissa ja sairauslomissa. (Tammela 2006.)

1980-luvulla laparoskooppinen leikkaustekniikka tuli gastroenterologiseen ja gynecologiseen kirurgiaan ja vakiintui 1990-luvun kuluessa. Laparoskooppisia toimenpiteitä alettiin tekemään 1990-luvun alusta myös urologiassa. Ensimmäinen

laparoskooppinen munuaisenpoisto tehtiin HYKS:ssä vuonna 2001 ja ensimmäinen pyeloplastia vuonna 2002. (Tammela, 2006.)

Tammela (2006) pitää merkittävänä ongelmana pitkää oppimisvaihetta ja erityisesti leikkausten pitkäkestoisuutta, joka vie leikkausaikaa muulta toiminnalta ja näin hidastaa laparoskooppisen kirurgian yleistymistä urologiassa.

HYKS:ssa tehdyn tutkimuksen mukaan laparoskooppisesti tehtyjen leikkausten myötä leikkausajat lyhenivät ja komplikaatiot vähenivät. HYKS:ssa tukeuduttiin alussa gastrokirurgien tekniseen apuun, mutta käsiavusteisen tekniikan myötä säävutettiin nopeasti osaamistaso, joka mahdollisti jatkamisen itsenäisesti. Käsiavusteisella tekniikalla toimenpiteen leikkausaika on saatu lyhentymään keskimäärin kolmeen tuntiin. HYKS:ssa on aloitettu kattavasti urologiset laparoskopiat ja tulokset ovat olleet hyviä. (Nisen, Perttilä, Juusela, Ala-Opas & Taari 2006.)

Vatsaontelon tähytys tehdään vain painavin perustein, koska se on vaativa toimenpide. Kasvaintautien selvittely on mahdollisesti tärkein syy vatsaontelon tähytykselle. Tähytysputken kautta voidaan ottaa koepala mahdollisesta kasvaimesta ja lähettää se patologin tutkittavaksi. (Mustajoki & Kaukua 2008.)

4.3 Potilasohjeistus

Potilasohjeistus on rakenteeltaan looginen ja asiat etenevät tärkeysjärjestyksessä potilaan näkökulmasta. Selkeässä tekstissä on lyhyehköjä kappaleita, virkkeet ovat rakenteeltaan helposti hahmottuvia ja sanat mahdollisimman yleiskielisiä. (Hyvärinen 2005.)

Terveystieteiden ammattilaiset ovat sitä mieltä, että potilasohje ei voi koskaan olla liian selkeä. Kun potilaat tietävät, mihin leikkaukseen ovat menossa, siihen valmistautumisesta sekä toipumisesta, ovat asiat hyvin. Usein ohjeeseen ahdetaan kuitenkin liikaa asiaa, eikä oteta huomioon, että potilaat tulkitsevat ohjeita persoonallisesti. Valitettavan usein myös lääkärit ja hoitajat uskovat, että potilas ymmärtää ohjeet yhden keskustelun perusteella. (Nummi & Järvi 2012.)

Tekstissä ei tulisi käyttää vierassanoja, sillä ne ovat monille ihmisille käsittämättömiä. Poikkeuksena eräät lääketieteen termit, kuten diabetes ja epilepsia, sillä ne ovat vakiintuneet yleiskieleen. Kirjoittaessa on hyvä harjaantua miettimään jokaisen vierasperäisen sanan kohdalla, onko se lukijalle tuttu. (Mustajoki 2011).

4.4 Potilas

Potilaalla tarkoitetaan terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttävää tai muuten niiden kohteena olevaa henkilöä (L17.8.1992/785).

Tulevaisuuden potilas on iäkäs, jolloin hoidon ja kuntoutuksen tarve lisääntyy. Elinajan odotetaan nousevan 10 vuodella. Terveitä elinvuosia tulee lisää. Iäkkäiden potilaiden lisääntyessä myös ikään liittyvät sairaudet lisääntyvät. Iäkäs potilas on aiempaa aktiivisempi oman hoitonsa suhteen. Suomalaisten terveys kohenee, mutta tietyt sairaudet lisääntyvät, näitä sairauksia ovat mm. syöpä, masennus ja dementia. Lisäksi tyypillinen potilastapaus 20 vuoden kuluttua on aktiivinen, monikulttuurinen, toiveikas ja yksilöllinen, mutta toisaalta syrjäytynyt. (Soininen, 2012.)

5 KIRJALLINEN POTILASOHJE

Potilasohjeen tarkoituksena on ohjata ja neuvoa sekä hoitohenkilökuntaa että potilaita. Valmis ohjepohja ja yhteiset sopimukset esimerkiksi potilaiden puhuttelusta ja lääkkeiden kauppanimien käytöstä helpottavat potilasohjeen kirjoittamista. Seuraavissa alaluvuissa käsitellään hyvän ohjeistuksen piirteitä. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 34–35.)

5.1 Potilaslähtöisyys

Lähtökohtana ohjeen kirjoittamiselle ovat käytännön hoitotyön tarpeet ja ongelmat. Lähtökohtia ohjeistuksen kirjoittamiseen on kaksi: laitoksen tarpeet ja potilaan tarpeet. Laitoksen tarpeiden tarkoituksena on ohjata potilaita toimimaan oikein kun taas potilaiden tulee saada oleellista tietoa. Lähtökohtaisesti tulisikin pohtia kenelle ohjetta kirjoitetaan ja kuka sen lukija on. (Torkkola ym. 2002, 35–36.)

Torkkola ym. (2002) mukaan hyvän potilasohjeen tulee puhutella potilasta erityisesti silloin, jos siinä on toimintaohjeita esimerkiksi toimenpiteeseen valmistautumisesta. Jo ensivilkaisusta tulisi lukijan ymmärtää, että teksti on tarkoitettu hänelle. Heti ohjeen alussa tulisi käydä ilmi, mistä siinä on kyse. Luonteeltaan ohjeistus voi olla käskevä, vaikka se ei olisikaan suoraan tarkoitettu käskymuotoon. Tällä pyritään korostamaan ohjeiden noudattamisen tärkeyttä. (Torkkola ym. 2002, 36–38.)

5.2 Otsikot ja kuvat

Luettavuuden kannalta ohjeen tärkeimmät osat ovat otsikot ja väliotsikot. Hyvän otsikon tulee kertoa ohjeen aihe, mutta se voi myös olla alku joka herättää lukijan mielenkiinnon. Väliotsikoilla saadaan jaettua teksti sopiviin kappaleisiin, jolloin lukeminen helpottuu. (Torkkola ym. 2002, 39.)

Torkkolan ym. (2002) toteavat hyvän kuvituksen herättävän mielenkiintoa ja auttaa ymmärtämään ohjetta. Potilasohjeissa kuvia voidaan käyttää tekstin täydentä-

misenä tai tukena. Ohjeen luotettavuutta, kiinnostavuutta ja ymmärrettävyyttä lisäävät hyvin valitut kuvat ja piirroksiset. Kuvien yhteyteen olisi hyvä laittaa tekstiä, koska se helpottaa kuvien tulkitsemista ja kertoo kuvista sellaista, mitä ei kuvasta muuten näe. (Torkkola ym. 2002, 40.)

Kuvien käytössä on syytä ottaa huomioon tekijänoikeudet. Tekijänoikeuslaki suojaa kuvia ja piirroksia, jolloin tekijänoikeudet kuuluvat teoksen luojalle. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että kuvia ei voida kopioida ja käyttää kuvan tekijältä lupaa kysymättä. (Torkkola ym. 2002, 41–42.)

5.3 Tekstin kirjoittaminen

Kirjoitetun tekstin tulisi olla havainnollista yleiskieltä ja sairaalasingin sekä monimutkaisten virkkeiden käyttöä tulisi välttää. Asiat voidaan kertoa esimerkiksi tapahtumajärjestyksessä, joka sopii muun muassa toimenpiteiden valmistautumisoheisiin. (Torkkola ym. 2002, 42.)

Ohjeen lopusta tulisi löytyä yhteystiedot, joihin potilas voi ottaa yhteyttä häntä askarruttavissa kysymyksissä. Myös tiedot ohjeen tekijöistä sekä viitteet lisätietoihin olisi hyvä mainita lopussa. (Torkkola ym. 2002, 44.)

Torkkola ym. (2002) kertovat, että tekstin tulisi olla hyvää ja sujuvaa suomea. Lauseiden ei tulisi olla liian pitkiä, vaan suositeltava virkkeen enimmäispituus olisi noin 15 sanaa. Usein käy niin, että lauseista tulee liian täyteen ahdettuja, jolloin keskeiset asiat katoavat tekstiin. Toisaalta lauseet voivat olla liian lyhyitä, jolloin tekstistä tulee töksähtelevää ja asioiden väliset suhteet saattavat jäädä epäselviksi. Kuitenkin lyhyet lauseet ovat suositeltavampia kuin liian pitkät. (Torkkola ym. 2002, 46–50.)

Vierasperäiset ammattisanat tulisi suomentaa, ja jos sopivaa suomennosta ei ole, tulisi sana selittää. Potilasohje voi olla joko liian yksityiskohtainen tai liian ylimalkainen, mutta jos näistä kahdesta on valittava toinen, tulisi valinnan kallistua yksityiskohtaisen tiedon puolelle. (Torkkola ym. 2002, 51–52.)

5.4 Ohjeen ulkoasu

Hyvän ulkoasun tulisi palvella ohjeen sisältöä. Lähtökohtana on tekstin ja kuvien asettelu paperille. Yhteen ohjeeseen ei voi ahtaa kaikkea tietoa, sillä vaarana on, että ohjeesta tulee sekava eikä sitä ymmärrä kukaan. Usein potilasohjeet tehdään joko pysty- tai vaaka-asennossa oleville A4-arkeille. Potilasohjeistusta kirjoitettaessa on tärkeää valita oikea kirjasintyyppi, jotta kirjaimet erottuvat selkeästi toisistaan. Otsikot voi erottaa muusta tekstistä muun muassa lihavoinnilla tai toista kirjasintyyppiä käyttämällä. Toisinaan voidaan käyttää myös alleviivausta. (Torkkola ym. 2002, 53, 55, 59.)

5.5 Ohjeiden saatavuus

Ohjeen tulee olla helposti saatavilla. Nykyään on paljon käytössä sähköisiä potilasohjeita, koska ne on helpompi päivittää kuin paperiset ohjeet. Lisäksi internetissä olevat potilasohjeet ovat helposti myös potilaiden saatavilla. Potilasohjeiden tullessa sairaalan ulkopuolelta, on työyksikön asiantuntijan tarkistettava niiden sisältö, tällöin varmistetaan myös, että ohjeet noudattavat sairaalan hoitokäytäntöä. Tämän jälkeen voidaan ohjeita käyttää potilaan ohjauksessa. (Torkkola ym. 2002, 60–61.)

6 POTILAAN OHJAUS

Potilaan asianmukaiseen ja hyvään hoitoon sisältyy laadukas ohjaus. Hoitaja on velvollinen ohjaamaan potilasta asetusten, lakien, suositusten ja ohjeiden, hyvien ammattikäytänteiden sekä huomioiden terveyden edistämisen näkökulmat. Panostaminen ohjaukseen on tärkeää muun muassa hoitoajan lyhennettyä. Ohjauksen laadun toteuttamiseen omat haasteensa tuovat erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen hoitoketju ja ostopalvelut. Ohjaukseen panostaminen on tärkeää kansantaloudellisesti, koska sillä on vaikutusta potilaiden terveyden lisäksi myös heidän omaistensa terveyteen ja sitä edistävään toimintaan. (Kääriäinen 2008, 10.)

Laadukkaan ohjauksen perusta on hoitajan ammatillinen vastuu edistää potilaan valintoja. Tämä edellyttää hoitajalta myös eettisten ja filosofisten lähtökohtien pohdintaa sekä hyviä ohjausvalmiuksia. Potilas tulisi ohjaustilanteessa ymmärtää toimijana, subjektina ja vastuunkantajana. Potilaan yksilöllisyyden, itsemääräämisoikeuden ja yksityisyyden kunnioittaminen on ohjauksessa keskeistä. Lähtökohtaisesti vastuu valinnoista ja toiminnasta on potilaalla ja hoitajan tulisi kunnioittaa potilaan päätöksentekoa ja toimintaa. Potilaalla on oikeus itse päättää haluaako hän ohjausta ja toimiiko hän saadun ohjauksen mukaan. Ohjaavalta hoitajalta vaaditaan myös eettisten lähtökohtien tiedostamista, johon kuuluu ennakkoluulojen tarkastelu, omat kokemukset ja uskomukset. Hoitajan tulee olla tietoinen terveydenhuollon eettisistä periaatteista ja ammattietiikasta. Nämä auttavat hoitajaa ymmärtämään oman toimintansa merkityksen. Ohjaustilanteissa ei ole tiettyä tapaa, jonka pohjalta tulisi toimia. (Kääriäinen 2008, 10-11.)

Jotta hoitaja pystyisi tarjoamaan laadukkaan ohjauksen, hän tarvitsee hyviä ohjausvalmiuksia. Ohjaustilanteessa hoitajan rooli on olla asiantuntija, joka edellyttää tietoa ja taitoa asioihin joita ohjataan, ohjausmenetelmiin ja oppimisen periaatteisiin. Hoitajat itse arvioivat tarvitsevänsä enemmän tietoa hoidon jälkeisestä voinnista ja taitoa tukea potilasta itsehoitoon. Ohjaustilanne vaatii hoitajalta vuorovaikutus- ja päätöksentekotaitoja. Puutteita hoitajat ovat todenneet olevan ohjauksen

arvioinnissa, mutta helpoksi he ovat kokeneet päätöksenteon potilaan ohjaustarpeesta. Hoitajalla on velvollisuus päivittää taitoja ja tietoja taatakseen hyvät ohjausvalmiudet. Tutkimustietoa tulisi seurata, jotta potilas saisi asianmukaista ja oikeaa, juuri hänen tilanteeseensa sopivaa ohjausta. Tutkimusten luku- ja arviointitaidoissa hoitajilla on todettu olleen puutteita. Koulutusta ja perehdyttämistä tulisi järjestää enemmän ohjaamisen taidon tukemiseksi. (Kääriäinen 2008, 11-12.)

Potilaan ja hoitajan psyykkiset, fyysiset ja sosiaaliset taustatekijät vaikuttavat suuresti ohjaustilanteeseen. Fyysisillä taustatekijöillä tarkoitetaan potilaan kohdalla esimerkiksi sitä miten hän kykenee ottamaan ohjausta vastaan ja unohtaako tai vältteleekö hän asioita. Kääriäisen (2007) mukaan ikä, sukupuoli ja koulutus vaikuttavat hoitajan asennoitumiseen ohjauksessa, myös hoitajan ja potilaan motivaatiolla ja arvoilla on merkitystä ohjaamisen onnistumisessa. Lisäksi Kääriäinen (2007) muistuttaa potilaan omaisten läsnäolon tärkeydestä jotta esimerkiksi väärinkäsityksiltä välttyttäisiin. (Kääriäinen 2008, 12.)

Payne (2002) on todennut, että hoitohenkilöstöllä ei ole riittävästi aikaa perehtyä potilaan taustatekijöihin ja selvittää ohjaustarvetta (Kääriäinen 2008, 12). Perreger ym.(2002) toteavat, että hoitaja on ohjausprosessin ja vuorovaikutuksen käynnistämisen asiantuntija ja potilas oman elämänsä (Kääriäinen 2008, 12).

Laadukas ohjaus on monitahoista eikä ole yhtä oikeaa tapaa ohjata ja kehittää laadukasta ohjausta. Jotta potilaanohjausta voitaisiin kehittää, on olennaista tunnistaa mistä laadukkaassa ohjauksessa on kyse. (Kääriäinen 2008, 13.)

7 MUNUAISEN POISTO TÄHYSTÄMÄLLÄ

Kävimme haastattelemassa urologi Patrik Ehnströmiä Vaasan keskussairaalan kirurgian poliklinikalla 18.2.2013. Seuraavat kappaleet pohjautuvat tähän haastatteluun sekä muutamiin kirjallisiin lähteisiin.

7.1 Esikäynti

Esikäynnillä potilas tapaa perioperatiivisen sairaanhoitajan ja mahdollisesti myös anestesia­lääkärin. Potilaan preoperatiivisella tapaamisella on katsottu olevan myönteinen vaikutus potilaan selviytymisen tukemiseen. Anestesia­lääkärin ja potilaan tapaamista nimitetään ammattikielessä esilääke­kierroksi. Esilääke­kierrolla selvitetään potilaan anamneesi, informoidaan potilasta anestesian ja toimenpiteen kulusta, selvitetään potilaan kannalta anestesiaan ja leikkaukseen liittyviä riskitekijöitä sekä suunnitellaan perioperatiivisen hoidon kokonaisuus anestesia hoidon näkökulmasta. (Lukkari, Kinnunen, Korte, 2007, 129.)

Esikäynnillä on kartoitettu potilaan terveydentila tulevaa leikkausta ajatellen ja selvitetty mahdolliset käytössä olevat lääkkeet. Perioperatiivisen poliklinikan sairaanhoitaja on antanut sekä suullista että kirjallista ohjausta siitä, kuinka valmistautua tulevaan leikkaukseen ja potilas käy laboratoriossa ja tarvittaessa röntgenissä. Esikäynnillä on mahdollista tavata leikkaava lääkäri sekä anestesia­lääkäri. Potilasvalinta on tehtävä huolella: tuumorin tulisi olla pieni, ylipaino voi olla myöskin este leikkaukseen, koska tällöin leikkaus on hankalampi toteuttaa. (Ehnström, 2013.)

7.2 Leikkaukseen valmistautuminen

Potilas saapuu leikkauspäivän aamuna preoperatiiviselle poliklinikalle sovittuun aikaan. Siellä potilas vaihtaa ylleen leikkausvaatteet ja antiemboliasukat. Hänen omat vaatteensa viedään osastolle, jossa häntä hoidetaan leikkauksen jälkeen. Poliklinikalla potilas saa anestesia­lääkärin määräämän esilääkkeen tuntia ennen toimenpidettä, jonka tarkoituksena on lievittää mahdollista jännitystä. Ennen esilääkkeen antamista, potilaan tulee tyhjentää virtsarakkonsa. Lisäksi potilaalle lai-

tetaan virtsakatetri, jotta virtsan eritystä voidaan seurata leikkauksen aikana (Iivainen, Jauhiainen, Pikkarainen, 2006, 469, 472.)

Sairaanhoitaja saattaa potilaan leikkaussaliin ja antaa raportin sekä suullisesti että kirjallisesti potilaan leikkausta edeltäneistä hoitotiedoista ensisijaisesti anestesia sairaanhoitajalle. On tärkeää varmistaa potilaan henkilöllisyys jokaisessa siirtymävaiheessa. (Lukkari ym. 2007, 236–237.) Ennen leikkauksen aloittamista asetetaan potilaalle leikkaussalissa epiduraalikatetri lievittämään leikkauksen jälkeistä kipua (Ehnström, 2013).

7.2.1 Leikkausasento

Potilas makaa kylkiasennossa operoitava puoli ylöspäin, tuettuna telinein ja tyynyin. Potilas makaa kylkipatjalla, alempi käsi ja olkapää patjan uraa pitkin aseteltuna. Ylempi käsi tuetaan gynekologisella jalkatelineellä, joka on pehmustettu käsityynyllä. Selkäpuolelle asetetaan kaksi telineitä ja kaksi ohutta tyynyä pehmusteeksi. Rintakehän alle laitetaan pyöreä geelityyny poikittain. Pitkä hiekkatyyny ja kolminivelinen tuki laitetaan etupuolelle yläcristan kohtaan. Jalkojen väliin asetetaan tyyny ja yksi fleece-peitto yläpäähän ja toinen jalkopäähän lämmittämään potilasta. Lisälämmikkeenä käytetään Bear Hugger- peittoja ja koneita. (Vaasan keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston keräysohje: laparoskopinen nephrectomia).

7.2.2 Leikkausalueen desinfiointi

Pesuaineena käytetään värillistä Klorhexolia. Ensin pestään kylki jonka jälkeen vatsa ja selkä kummaltakin puolelta niin alas kuin mahdollista. (Vaasan keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston keräysohje: laparoskopinen nephrectomia).

7.3 Leikkauksen kulku

Leikkaus tehdään nukutuksessa. Vatsan alueelle tehdään pieniä haavoja, joiden kautta leikkaus tehdään.

Leikkausalueelle asetetaan 4-5 troakaaria, joiden kautta mennään sisään leikkausalueelle. Isoin troakaari laitetaan ensin navan vierestä. Ensin edetään avoimesti pikkuhiljaa, kunnes päästään vatsaonteloon, jonne laitetaan myös troakaari. Troakaarien avulla asetetaan kamera, jolla pystytään näkemään kunnolla leikkausalueelle, eikä vahingoiteta verisuonia. Troakaarit asetetaan leikkaavan lääkärin määrittämiin paikkoihin ja näistä aukoista voidaan laittaa instrumentteja. (Ehnström 2013.)

Vatsaontelo täytetään kaasulla, joka on hiilidioksidia. Happea ei saa missään tapauksessa käyttää koska se aiheuttaa vaaratilanteita leikkauksen aikana. Vatsaontelo täytetään kaasulla, jotta saataisiin tilaa ja näkyvyyttä leikkausalueelle. Munuaista ei pystytä alussa näkemään, vaikka sen sijainti tiedetäänkin suunnilleen, sillä edessä on sekä ohut- että paksusuoli. Ohutsuoli kuitenkin valahtaa alaspäin, koska ohutsuoli on hyvin liikkuvainen ja potilas on kylkiasennossa. Paksusuoli tulee irtotta seinästä, jotta sekin tipahtaa alas ja on näin poissa tieltä. Sitten päästään munuaisen pintaan. Jos tuumori on kasvanut läpi myös munuaisen pinnalla olevasta rasvakerroksesta, tulee munuainen poistaa mahdollisimman radikaalisti. (Ehnström 2013.)

Ennen leikkausta katsotaan röntgenkuvista kulkeeko leikkausalueella useita venoja tai arterioita. Munuaisvena kulkee munuaisen päällä ja arteria menee yleensä alapuolella. Edetään varovasti kunnes saadaan näkyville arteria ja vena sekä virtsajohdin. Ensimmäinen asia mitä leikkausalueelta halutaan löytää, on arteria, koska se suljetaan ensin tuplaklipseillä. Toinen klipseistä laitetaan potilaan puolelle ja toinen preparaatiopuolelle. Arteria täytyy sulkea ensiksi koska se on verta syöttävä suoni ja jos suljettaisiin ensiksi vena, joka vie verta pois munuaisesta niin sitten munuainen paisuisi ja alkaisi vuotamaan. Vena suljetaan samalla tavalla kuin arte-

ria. Vena leikataan ensimmäiseksi poikki ja sitten vasta arteria. Arteriaa leikatessa on vaarana runsas verenvuoto, joten täytyy olla erityisen varovainen. Hemostaasin tulee olla hyvä. (Ehnström 2013.)

Suonien sulkemisen jälkeen päästään irrottamaan munuainen kokonaan. Munuaisen irrotuksessa käytetään ultraäänineistä. Viimeisenä katkaistaan virtsajohdin. Munuainen tuottaa koko ajan virtsaa ja mikäli virtsajohdin katkaistaisiin heti alussa, virtsa ei pääsisi nousemaan ylös virtsajohtimeen, jolloin munuaisallas turpoaisi. (Ehnström 2013.)

Iholle tehdään apuviilto, jonka kautta munuainen poistetaan, koska troakaarireiät ovat pienet. Usein viilto saattaa kuitenkin muistuttaa umpilisäkkeen poistossa tehtyä viiltoa, tästä tulee muistaa mainita potilaalle ja hoitohenkilökunnalle. Suositeltavaa olisi pyrkiä tekemään viilto johonkin muualle vatsan alueelle väärin käsitysten välttämiseksi. Viillon ei tarvitse olla kovinkaan iso, sillä iho venyy hyvin. Ihoa venytetään ja tuumorista riippuen, voidaan valita poistotekniikaksi pihdit tai pieni haavi. Leikkauksessa poistettu munuainen otetaan näytteeksi ja lähetetään tarkempaan mikroskooppiseen tutkimukseen. Leikkaushaavojen sulkemiseen käytetään yleensä klipsejä. (Ehnström 2013.)

Ehnströmin (2013) mukaan toisinaan voi leikkauksen aikana käydä ilmi, ettei leikkausta voida tehdä tähystämällä. Tällöin leikkaus muutetaan avoimeksi leikkaukseksi. Tällaisia tilanteita voivat olla esimerkiksi, jos saadaan pieni vuoto jollain näkyvyys katoaa tai venoja ja arterioita ei saada turvallisesti näkyviin, silloin niitä ei voi katkoa. Näitten pohjalta tehdään päätös leikkauksen etenemistavasta. Aina on olemassa riski, että joku pieni suoni jota ei nähdä alkaa vuotaa. Riskit tulee minimoida ja täytyy olla varma siitä mitä tekee.

7.4 Leikkauksen jälkeen

Ennen kuin potilas siirretään heräämööseen tai teho-osastolle anestesiasairaanhoitaja tarkistaa, että määräykset potilaan jatkohoitoa koskien on kirjattu anestesialomak-

keelle. Anestesiahoitaja antaa raportin heräämön hoitajalle, samalla tarkkaillen potilaan vointia. (Iivanainen ym. 2006, 488.)

Potilas siirretään heräämöstä osastolle kun seuraavat kriteerit täyttyvät: potilas on tajuissaan, hengitys ja hapetus ovat kunnossa, sydämentoiminta ja verenkierto ovat vakaat, potilas ei ole alilämpöinen, kivunlievitys on riittävä, potilas ei oksenna eikä voi pahoin, tarpeellinen kipu- ja pahoinvointilääkitys on määrätty, tarpeellinen nestehoito määrätty, potilas ei tarvitse kirurgisista syistä valvontaa. (Iivanainen ym. 2006, 499.)

Epiduraalikatetri poistetaan 1-3vrk päästä kivun sallimissa rajoissa, lisäksi potilas saa muita kipulääkkeitä tarvittaessa. Kotiin potilas pääsee 2-3 päivän päästä leikkauksesta. Yleensä tähystämällä leikatut potilaat eivät ole niin kipeitä kuin avoimella leikkauksella leikatut potilaat. Verenohennuslääke Klexane aloitetaan leikkauspäivänä ja se jatkuu kuukauden. Haavansulkuihin käytetyt klipsit poistetaan 10vrk kuluttua potilaan omassa terveyskeskuksessa. Potilaan on kotiuduttuaan hyvä tarkkailla haava-aluetta mahdollisten tulehdusten varalta. (Ehnström, 2013.)

7.5 Potilaan tarkkailu ja hoito osastolla

Heräämössä aloitettua tarkkailua jatketaan osastolla. Leikkauspotilaan huolellinen tarkkailu on tärkeää, koska hän on erityisen altis erilaisille komplikaatioille. (Iivanainen ym. 2007, 489.)

Yleisiä postoperatiivisia komplikaatioita ovat: verenvuoto, shokki, keuhko komplikaatiot, virtsatieinfektio, haavainfektio, nestehukka, ylinesteytys, alhainen virtsaneritys, pahoinvointi ja oksentelu, ummetus, kipu, laskimotukos (Torrance & Serginson, 1997, 62).

Muutosten nopea havaitseminen on tärkeää, koska yksi lisäsairaus voi pahentua aiheuttaen muita ongelmia. Potilaan mahdollisista tilan muutoksista tulee ilmoittaa leikkaavalle lääkärille. Osastolla potilaasta tarkkailtavia asioita ovat: tajunnantaso, hengitys, pulssi, sinusrytmi, verenpaine, virtsaaminen, pahoinvointi ja

oksentaminen, lämpötasapaino, nestehoito ja ravitseminen, kipu, mieliala, suolen-toiminta, liikkuminen, hygienia, haava. (Iivanainen ym, 2007, 489-498.)

Nukutuksen jälkeen potilaan tajunnantason tarkkailu on tärkeää, jotta mahdolliset elintoimintojen häiriöt havaitaan ajoissa. Tajunnantason alenemista osoittaa esimerkiksi puheen tuottamattomuus ja sekavuus. Riittävä hengitys edistää potilaan toipumista nukutuksesta koska solut saavat happea riittävästi, leikatun potilaan kudoksen happipitoisuutta seurataan saturaatiomittarilla. Hoitaja tarkkailee pulssin taajuutta, frekvenssiä ja säännöllisyyttä. Osastolla verenpainetta ja pulssia mitataan 15 minuutin välein ensimmäisten tuntien ajan. Virtsaneritystä seurataan aluksi kestopatentin avulla. Leikkauksesta riippuen on katetrin pito aika vuorokaudesta viikkoon. Päivittäin mitataan virtsamäärä ja etenkin leikkausta seuraavana päivinä seurataan virtsanverisyyttä. Virtsanverisyys ja virtsan erityksen äkillinen lakkaaminen voivat kertoa rakkoon kertyneistä hyytymistä. Nestetasapainosta tulee huolehtia mahdollisen oksentelun ja vähäisen ravinnon saannin vuoksi. Jos leikkauksen aikana sisäelimiä, virtsateitä tai vatsanpeitteitä on jouduttu venyttämään, saattaa potilas kokea tämän epämiellyttävänä venytyskipuna. Jos suoli ei ole toiminut spontaanisti kolmanteen postoperatiiviseen päivään mennessä, annetaan hänelle pienoisperäruiske. Potilasta kehoitetaan liikuttamaan jalkojaan ja käsiään ajoittain trombien estämiseksi. Kun potilas liikkuu tarpeeksi, poistetaan antiemboliasukat. (Iivanainen ym, 2007, 489-498, 770.)

8 MUNUAISSYÖPÄ

Munuaissyöpä on yleisin syy munuaisen poistoon. Kahden viime vuosikymmenen aikana munuaissyöpä on lisääntynyt. (Ala-Opas, 2010, 835.)

8.1 Riskitekijät

Altistus bensiinivalmisteille, kadmiumille ja lyijylle lisäävät riskiä sairastua munuaissyöpään. Tupakoinnin on arvioitu kaksinkertaistavan riskiä sairastumiseen. Etenkin naisilla lihavuuden merkitys riskitekijänä on suuri. Särkylääkkeiden suurella kulutuksella voi myös olla vaikutusta. Myös perinnöllisyys lisää riskiä sairastua munuaissyöpään. (Ala-Opas, 2010, 835.)

8.2 Oireet

Munuaissyöpä on hitaasti kehittyvä sairaus ja usein aluksi oireeton (Iivanainen ym. 2007, 770). Verivirtsaisuus on ensimmäinen selvä oire, joka on yleensä jaksottaista ja siihen voi liittyä kipua. Muita oireita ovat lisäksi: laihtuminen, kuumailu, kipu, väsymys, etäpesäkkeiden aiheuttama särky ja patologinen murtuma, kyhmy munuaisen seudussa tai kyseessä voi olla sattumalöydös. Laboratoriotutkimuksissa tavallisimpia poikkeuksia ovat: korkea lasko, anemia, mikroskooppinen verivirtsaisuus, kohonnut verenpaine, proteinuria sekä erytrozytoosi. Taudin toteamisessa ei kuitenkaan voida luottaa pelkästään laboratoriotutkimustuloksiin, vaan leikkausta edeltävä diagnostiikka perustuu erilaisiin kuvantamismenetelmiin. Yleensä kasvain on yksittäinen, mutta toisinaan voi esiintyä useita kasvainpesäkkeitä vierekkäin. (Holmia, Murtonen, Myllymäki, Valtonen 2008, 664.)

8.3 Hoito

Leikkaus on tällä hetkellä ainoa pysyvän paranemisen tarjoava hoitomuoto. Radikaali munuaisen poisto on tavallisin leikkausmenetelmä. Leikkaus voidaan suorittaa tähystämällä vatsaontelon kautta tai avoimesti kyljestä. Kasvaimen ollessa molemmissa munuaisissa, pyritään tällöin suorittamaan munuaisen osapoisto, jotta munuaiskudosta säästyisi riittävästi. Osapoistoa voidaan käyttää myös silloin, jos kasvain on pieni ja sijaitsee vain toisessa munuaisessa. Sätehoitoa ja solunsalpa-

jia annetaan vain harvoin, koska niillä ei ole todettu olevan merkittävää vaikutusta paranemiseen. Todettaessa sairaus, löydetään usein myös etäpesäkkeitä. Tällöin hoitona on munuaisen ja etäpesäkkeen poisto. Etäpesäkkeitä löydetään yleensä useita ja toistaiseksi niitä ei voida hoitaa parantavasti, jolloin tulee kiinnittää erityistä huomiota palliatiiviseen hoitoon. (Holmia ym. 2008, 665.) Potilaalle tulee selvittää, että ihminen voi elää normaalia elämää myös yhdellä munuaisella (Iivanainen ym. 2007, 770).

8.4 Ennuste

Munuaissyöpää sairastavan ennusteeseen vaikuttavat taudin levinneisyys ja histologinen erilaistumisaste. Taudin kulku on vaihteleva, joten yksittäisen potilaan ennustetta ei voida tarkoin määritellä. Radikaalin munuaisen poiston jälkeen seuranta-aika on tavallisesti viisi vuotta mahdollisten etäpesäkkeiden toteamiseksi. Munuaiskarsinooman etäpesäkkeitä voi kuitenkin ilmaantua jopa kolmenkymmenen vuoden kuluttua. Kyseiset etäpesäkkeet voivat hävitä spontaanisti. (Holmia ym. 2008, 665.)

9 TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Tässä luvussa käsitellään toiminnallisen opinnäytetyön toteutusta. Tekstissä käydään läpi aiheen valinnan, työsuunnitelman työstämisen sekä opinnäytetyön suunnittelun ja toteutuksen.

9.1 Aiheen valinta

Opinnäytetyö alkaa aiheen valinnalla eli aiheanalyysillä. Ensimmäisenä on hyvä lähteä pohtimaan omaa kiinnostusta alan opinnoissa. Erityisen tärkeää on, että aihe motivoi työn tekijää. Tärkeää on myös, että työn tekijä voi syventää asiantuntemustaan aiheesta, lisäksi aiheen olisi hyvä olla ajankohtainen ja tulevaisuuteen luotaava. (Vilkkä & Airaksinen, 2003, 23.)

Aihetta valitessa tekijät keskustelivat ensin keskenään omista mielenkiinnon kohteistaan, jonka jälkeen otettiin yhteyttä Vaasan keskussairaalan osastoihin kartoittaakseen opinnäytetöiden tarvetta. Heti alussa oli selvää, että tehtäisiin toiminnallinen opinnäytetyö, koska se sopii tekijöiden tyyliin tutkimusta paremmin. Lisäksi haluttiin tehdä työ, joka on tarpeellinen ja jota käytetään työelämässä. Vaasan keskussairaalan osastolta A3 otettiin pian yhteyttä ja ehdotettiin aiheeksi laparoskooppinen nefrektomia – potilasohjeistus. Aihe otettiin vastaan suurella mielenkiinnolla ja innostuksella, koska aihe oli mielenkiintoinen ja sen tarpeellisuus tulee kasvamaan tulevaisuudessa.

9.2 Työsuunnitelman työstäminen

Työsuunnitelmaa alettiin laatimaan syksyllä 2012 ja valmis työsuunnitelma hyväksyttiin tammikuussa 2013 ohjaavan opettajan toimesta. Työsuunnitelman tekemistä vaikeutti koulusta ja työharjoittelusta johtuva yhteisen ajanpuute sekä tutkitun tiedon löytäminen aiheesta. Toisaalta toinen opinnäytetyön tekijöistä oli työharjoittelussa osastolla A3, jolloin hän sai osastonhoitajalta vinkkejä opinnäytetyötä koskien.

Työsuunnitelma sisälsi lyhyen kuvauksen siitä, mikä on toiminnallinen opinnäytetyö projektina, opinnäytetyön tavoitteet ja tarkoitus, teoreettinen viitekehys ja ai-

kataulu. Valmis työsuunnitelma lähetettiin myös Vaasan keskussairaalan ylihoitajalle, joka hyväksyi aiheen. Hän lähetti työn eteenpäin osasto A3 osastonhoitajalle, jolta saatiin selville kyseiseen toimenpiteeseen kouluttautuneiden urologien yhteystiedot.

9.3 Opinnäytetyön suunnittelu ja toteutus

Työsuunnitelman valmistuttua, aloitettiin itse potilasohjeistuksen ja varsinaisen opinnäytetyön tekeminen. Tekijät olivat yhteydessä sähköpostitse osasto A3 osastonhoitajaan, uroterapeuttiin sekä urologian apulaisylilääkariin jota käytiin haastattelemassa työtä koskien.

Urologian apulaisylilääkärin haastattelu tapahtui 18.2.2013 Vaasan keskussairaalan kirurgian poliklinikalla. Käytössä oli nauhuri, jolla haastattelu nauhoitettiin. Haastattelun alussa pyydettiin lupa nauhoittamiselle sekä haastattelun käyttämiseen lähteenä työssä. Haastattelusta oli suuri apu potilasohjeistuksen laatimiseen sekä varsinaisen työn kirjoittamiseen. Haastattelun myötä opinnäytetyön alkuperäinen nimi ”munuaisen poisto vatsaontelon kautta” muuttui ”munuaisen poisto tähystämällä”. Nimi muuttui, koska lääkärin mielestä otsikosta tulee käydä ilmi, että kyseessä on tähystysleikkaus. Tämä sopi hyvin, sillä tekijät itsekin olivat pohjineet työn nimeä. Nimen vaihtuminen ei vaikuttanut työn sisältöön.

Tutkittua tietoa etsittiin Medicistä ja Lindasta. Muutama ajankohtainen lääketieteellinen artikkeli löydettiin Duodecimista, joita hyödynnettiin varsinaisen työn lisäksi myös työsuunnitelman laatimisessa. Lisäksi lähteinä käytettiin kirjallisuutta sekä muutamaa ulkomaalaista lähdetä. Työssä käytettiin kirjaa Surgical Nursing, jonka ensimmäinen painos on vuodelta 1938 ja uusin vuodelta 1997. Tätä pidettiin kuitenkin luotettavana lähteenä, sillä kirja on yleisteos ja sitä on kehitetty vuosien saatossa.

Potilasohjeistuksen ulkoasuun ja rakenteeseen otettiin mallia Vaasan keskussairaalan muista potilasohjeistuksista. Ohjeistuksessa käsiteltiin potilaan kannalta olennaisia asioita kuten leikkaukseen valmistautuminen, leikkauspäivän kulku ja jälkihoito. Potilasohjeistus kirjoitettiin urologian apulaisylilääkärin haastattelun

pohjalta ja lähteenä käytettiin Seinäjoen keskussairaalan potilasohjeistusta samaisesta aiheesta. Potilasohjeistus laitettiin sähköpostitse uroterapeutille, joka tarkisti sen ja kertoi korjausehdotukset. Korjauksien jälkeen ohje laitettiin uudelleen uroterapeutille, joka hyväksyi sen.

Opinnäytetyöhön suunniteltiin laitettavaksi kuvia toimenpiteessä tarvittavista välineistä elävöittämään työtä. Otettiin yhteyttä Vaasan keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston leikkaustoiminnan osastonhoitajaan, joka välitti viestin urologisille vastuuhoidajille. He ottivat tekijöihin yhteyttä ja saatiin sovittua kuvaus päivän ajankohta. Leikkaussalissa käytiin kuvaamassa välineitä, mutta lopulta päädyttiin kuitenkin hylkäämään ajatus. Ajatus hylättiin, koska kaikkia tarvittavia välineitä ei saatu kuvattua, joten asia olisi jäänyt keskeneräiseksi. Myös leikkausasennosta otettiin kuva Vaasan ammattikorkeakoulun leikkaussali luokassa, mutta siitä ei saatu tarpeeksi hyvää, joka olisi konkretisoinut tehtävää toimenpidettä, joten päädyttiin hylkäämään ajatukset kuvien laitosta.

Opinnäytetyön runko rakentui hiljalleen, sitä mukaa kun aiheesta saatiin enemmän tietoa. Selvitettyään syyt munuaisen poistoon, tekijät päättivät käsitellä opinnäytetyössä myös munuaissyöpää, koska se on yleisin syy toimenpiteeseen. Työhön haluttiin hoitotieteellistä näkökulmaa, joten työssä käsiteltiin myös hoitajien ohjausvalmiuksia ohjaustilanteissa. Potilaalla on oikeus laadukkaaseen ja ammatilliseen ohjaukseen ja hoitaja on velvollinen tarjoamaan tätä hänelle.

10 PROJEKTIN ARVIOINTI

Tässä luvussa käsitellään projektin luotettavuutta, eettisyyttä, tarkoituksen ja tavoitteiden toteutusta sekä arvioidaan ohjeistuksen onnistumista, opinnäytetyöprosessia ja omaa oppimista.

10.1 Luotettavuus ja eettisyys

Työssä käytettiin ajankohtaisia ja tuoreita lähteitä, kuten lääketieteellisiä artikkeleita Duodecimista sekä hoitotieteellistä artikkelia Tutkiva hoitotyö -lehdestä. Pääasiassa lähdemateriaali on alle 10 vuotta vanhaa. Eräs teos on ensimmäisen kerran painettu 1938, mutta sitä on päivitetty ja viimeisin päivitetty julkaisu on vuodelta 1997. Tätä pidettiin kuitenkin luotettavana yleisteoksena, koska sitä on uudistettu useita kertoja.

Luotettavuutta lisää myös toimenpiteeseen perehtyneen lääkärin haastattelu. Tuotettu potilasohjeistus on asiantuntijan tarkastama ja hyväksymä. Yhteistyötä on tehty tiiviisti Vaasan keskussairaalan asiantuntijoiden kanssa ja potilasohjeistus on toteutettu tilaajan toiveiden mukaisesti.

Lähdeviitteet on merkitty Vaasan ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaisesti. Työssä on käytetty paljon erilaista lähdemateriaalia ja vältetty plagiointia.

Eettisyys työssä näkyy siten, että lupa pyydettiin urologian apulaisylilääkärin haastatteluun, haastattelun nauhoittamiseen ja käyttämiseen lähteenä. Lisäksi haastateltu lääkäri on ainoa yhteistyökumppani, joka mainitaan nimeltä. Osastolta saatiin lupa liittää potilasohjeistus opinnäytetyöhön ja julkaista se Theseuksessa.

10.2 Tarkoituksen ja tavoitteiden toteutuminen

Tarkoituksena oli tuottaa potilasohjeistus Vaasan keskussairaalan osastolle A3 munuaisen poistoon tähyttämällä tuleville potilaille ja heidän omaisilleen.

Työ koettiin tarpeelliseksi, koska tällaista ohjeistusta ei ollut vielä tehty Vaasan keskussairaalaan ja leikkaus on kuitenkin yleistymässä. Opinnäytetyön tavoitteena

oli tuoda potilaille ja heidän omaisilleen tietoa leikkaukseen valmistautumisesta, leikkauspäivän kulusta ja jatkotoimenpiteistä. Yhtenä tavoitteena oli myös lievittää potilaiden pelkoa ja epätietoisuutta toimenpidettä kohtaan. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää tekijöiden ammatillista kasvua.

Tarkoitus ja tavoitteet toteutuivat hyvin, sillä saatiin tehtyä kattava potilasohjeistus ja opinnäytetyöprosessin myötä saatiin paljon uutta tietoa. Tämä tulee auttamaan tekijöitä tulevaisuuden ammattilaisina.

10.3 Potilasohjeistuksen onnistuminen

Aloitettaessa potilasohjeistuksen laatimista pelkona oli, ettei löydetäisi tarpeeksi tietoa aiheesta. Pelko osoittautui kuitenkin turhaksi, sillä apua ja tukea saatiin yhteistyökumppaneilta. Mallia ohjeistuksen rakenteeseen ja runkoon otettiin Vaasan keskussairaalan muista internetissä olevista potilasohjeista. Työtä helpotti se, että valmis ohjeistus tulee Vaasan keskussairaalan internetsivuille, jolloin ei tarvinnut murehtia muun muassa ohjeen painattamisesta.

Työn tekijät olivat itse tyytyväisiä potilasohjeen onnistumiseen, sillä se vastaa odotuksia ja on toteutettu yhteistyökumppaneiden toiveiden mukaan. Potilasohjeistusta on yritetty lukea potilaan näkökulmasta ja pohtia antaako se kattavan sekä selkeän kuvan toimenpiteestä. Tekijät uskovat, että tuotetusta potilasohjeistuksesta on hyötyä osastolle sekä apua potilaille ja heidän omaisilleen.

10.4 Opinnäytetyöprosessin arviointi

Opinnäytetyöprosessin alussa laadittiin SWOT-analyysi, jossa käsiteltiin työn vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat.

Aiheen tärkeys ja kiinnostavuus olivat vahvuuksia. Lisäksi vahvuudeksi löydettiin se, että molemmilla oli vankka tahto ja motivaatio saada työ valmiiksi ajallaan. Tässä onnistuttiin ja keskinäinen yhteistyö sujui hyvin. Työn tekeminen oli suurimmaksi osaksi mielekästä. Ohjaava opettajamme tuki tekijöitä koko prosessin ajan ja kannusti sekä motivoi jatkamaan vaikeinakin hetkinä.

Heikkoutena työn alussa koettiin suomenkielisen hoitotieteellisen tiedon löytämisen haastavuus, mutta prosessin edetessä saatiin kerättyä riittävästi tietoa ohjeistuksen ja työn kasaamiseksi. Heikkoutena ja uhkana oli myös vähäinen tietämys aiheesta, mutta tämä saatiin käännettyä vahvuudeksi, sillä aiheesta haluttiin saada tietoa ja oppia lisää. Työn alussa tiedon etsiminen ja asiantuntijoiden löytäminen oli haastavaa, mutta kun tavoitellut asiantuntijat saatiin kiinni, olivat he erittäin halukkaita auttamaan opinnäytetyön toteutuksessa. Tämä yllätti tekijät positiivisesti.

Mahdollisuutena oli tuottaa potilaille ja heidän omaisilleen ymmärrettävää tietoa toimenpiteestä. Tekijät uskovat onnistuneensa tuottamaan ymmärrettävän ja käyttökelpoisen potilasohjeistuksen. Laadittua ohjeistusta tullaan varmasti käyttämään tulevaisuudessa potilaan ohjauksen tukena. Tekijät toivovat potilaiden leikkauspelkojen ja epätietoisuuden vähenevän tämän ohjeistuksen myötä.

Uhkina koettiin yhteisen ajan puute, joka olisi voinut vaikuttaa opinnäytetyön valmistumiseen ajallaan. Kuitenkin yhteistä aikaa onnistuttiin löytämään omista kiireistä huolimatta. Opinnäytetyötä työstiin yhdessä, koska yhteistyö sopii tekijöiden työskentely- ja opiskelutyyliin. Koska potilasohjeen tulisi palvella potilasta ja hänen omaisiaan, yritettiin ohjeistusta käydä läpi potilaan näkökulmasta. Tässä kuitenkin uhkana oli ”sokeutuminen” omaan työhön, mutta onneksi ohjeistuksen on lukenut ohjaava opettaja sekä ohjeen tarkistanut henkilö, joka hyväksyi ohjeen.

10.5 Oman oppimisen arviointi

Opinnäytetyöprosessin aikana tekijät ovat kasvaneet ja kehittyneet ammatillisesti. Alussa aihe oli melko vieras, mutta prosessin edetessä teoriatieto karttui. Munuaissairauksista ja niiden hoidosta saatiin paljon uutta tietoa. Työn alussa tietämys aiheesta perustui koulussa opetettuun yleiseen tietämykseen, mutta nyt aiheesta tiedetään yksityiskohtaisemmin.

Prosessin aikana tutkitun tiedonhaun taidot kehittyivät ja se tulee auttamaan myös työelämässä. Tekijät olivat tiiviisti yhteistyössä työelämän kanssa, joka on kehit-

tänyt sosiaalisia kykyjä sekä kykyä tehdä yhteistyötä eri tahojen kanssa. Parityös-kentelyn kautta opittiin ottamaan myös toisemme huomioon paremmin, molemmat osapuolet ovat saaneet sanoa mielipiteensä ja työtä on tehty tasapuolisesti hyvässä yhteisymmärryksessä.

LÄHTEET

Ala-Opas, M. 2010. Munuaiskasvaimet. Teoksessa Kirurgia, 835-840. Toim. Roberts, P., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. Helsinki. Oy Duodecim.

Alahuhta, M., Hyväri, T., Linnanvuori, M., Kylmäaho, R. & Mukka, H. 2008. Munuaissairaanhoito. Helsinki. Edita Prima Oy.

Anttila, K., Hirvelä, M., Jaatinen, T., Polviander, M. & Puska, E-L. 2009. Sairaanhoito ja huolenpito. Helsinki. WSOY.

L17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 17.10.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Helsinki. Werner Söderström Osakeyhtiö.

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Duodecim. Viitattu 17.10.2012. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95167.pdf>

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2007. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva hoitotyö. Vol.6(4). 10-14.

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Merenmies, J., Ala-Houhala, M. & Tuomi, T. 2012. Kystinen munuaissairaus ja diabetes - alidiagnosoitu yksigeeninen kehityshäiriö. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim nro 19. Viitattu 17.12.2012
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinumero?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo10533&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p

Mustajoki, P. & Kaukua, J. 2012. Vatsaontelon tähystys. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 17.10.2012
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk05060

Mustajoki, P. 2011. Miten kirjoitan yleistajuisesti lääketieteestä? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 11.12.2012

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkelili%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo99724&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p

Nisén, H. 2012. Pienten munuaiskasvainten hoito. Lääkärilehti nro 5 339 – 344. Viitattu 17.12.2012

<http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000037030>
mustajoki

Nisen, H., Perttilä, I., Juusela, H., Ala-Opas, M. & Taari, K. 2006. Laparoskopias- ta on tullut urologian rutiinia - ensimmäiset 178 leikkausta HYKS:ssa. Lääketie- teellinen Aikakauskirja Duodecim 122(10):1182-7

Viitattu 19.3.2013.

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/kokoelmat?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtiha- ku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuarti kke- li%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo95734&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnum ero

Nummi, V. & Järvi, U. 2012. Hyvä potilasohje on osa toipumista. Lääkärilehti. Viitattu 11.12.2012

<http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000036865>

Opetushallitus. SWOT-analyysi. 2012. Viitattu 13.3.2013

http://www.oph.fi/saadokset_ja_ohjeet/laadunhallinnan_tuki/wbl- toi/menetelmia_ja_tyovalineita/swot-analyysi

Silfvberg, P. 2007. Ideasta projektiksi projektinvetäjän käsikirja. Helsinki. Kon- sulttitoimisto. Planpoint Oy.

Soininen, M. 2012. Tulevaisuuden potilas. Lääkärilehti nro 25 1976-1978. Viitattu 17.12.2012 <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000037831>

Tammela, T. 2006. Laparoskooppinen kirurgia urologiassa. Duodecim 2006;122:1132–3. Viitattu 22.10.2012 <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo95730.pdf>

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere. Tammerpaino Oy.

Torrance, C. & Serginson, E. 1997. Surgical Nursing. Bailliere Tindall.

Vaasan keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston keräysohje: laparoskopinen nephrectomia.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Wirta, O. 2004. Mitä tehdä, kun potilaalla on vain yksi toimiva munuainen? Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim 2004;120(21):2551-9 Viitattu 19.3.2013. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtiha-ku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkel- li%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo94602&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinumero

Qualitas. 2009. Viitattu 17.10.2012 <http://www.qualitas-forum.fi/Laadunty%C3%B6kalut/SWOTanalyysi/tabid/132/Default.aspx>

LAPAROSKOOPPINEN MUNUAISLEIKKAUS (Laparo-skooppinen Nefrektomia)

1 LEIKKAUKSEN TARKOITUS

Munuaisten tärkein tehtävä on tuottaa virtsaa ja vapauttaa veri kuona-aineista, säädellä kehon neste- ja suolatasapainoa, sekä pitää yllä happo-emästasapainoa. Jos toinen munuainen jostakin syystä joudutaan poistamaan, ihminen voi elää täysin normaalia elämää rajoituksetta yhden munuaisen varassa.

2 VALMISTAUTUMINEN

Esikäynti

Esikäynnin tarkoituksena on kartoittaa terveydentilasi tulevaa leikkausta ajatellen.

Ota mukaasi etukäteen täytetty kyselykaavake ”Esitiedot anestesiaa varten” sekä lääkekortti tai reseptit käytössä olevista lääkkeistäsi.

Tapaat sairaanhoitajan/uroterapeutin, joka haastattelee sinua ja antaa suullista sekä kirjallista ohjausta siitä, kuinka valmistaudut kotona tulevaan leikkaukseen.

Käyt laboratoriossa ja tarvittaessa röntgenissä. Saat syödä ja juoda ennen käyntiä.

Tarvittaessa tapaat leikkaavan lääkärin ja anestesiaalääkärin.

Käynnille on hyvä varata 2-4 tuntia aikaa, käynnin jälkeen saat lähteä kotiin.

Leikkausta edeltävä päivä

Preoperatiiviselta poliklinikalta sairaanhoitaja soittaa sinulle ja kertoo mihin aikaan sinun tulisi saapua leikkauspäivänä. Saat silloin tietää mitä lääkkeitä sinun pitäisi ottaa kotona leikkauspäivän aamuna.

Leikkausta edeltävänä päivänä sinun tulee syödä kevyemmin, mutta juoda saat normaalisti klo 24:00 saakka.

Klo 24:00 lähtien tulee olla syömättä ja juomatta, sillä mahalaukun tulee olla leikkauksessa tyhjä.

Suihkussa tulee käydä edellisenä iltana sekä leikkauspäivän aamuna.

Lääkkeet

Plavix, Disperin, Primaspan tai Aspirin sekä kalaöljyvalmiste (esim. Omega 3) tulisi tauottaa 1 viikkoa ennen leikkausta.

Marevan tauon tulisi alkaa 3 vrk ennen toimenpidettä.

3 LEIKKAUSPÄIVÄN KULKU

Ennen leikkausta

Leikkauspäivän aamuna saavut preoperatiiviselle poliklinikalle sovittuun aikaan. Vaihdat yllesi leikkausvaatteet ja omat vaatteesi viedään osastolle missä sinua hoidetaan leikkauksen jälkeen.

Ennen leikkausosastolle vientiä saat nukutuslääkärin määräämän esilääkkeen tabletteina, jonka tarkoituksena on lievittää mahdollista jännitystä. Saat odottaa odotushuoneessa kunnes sinut kutsutaan leikkaukseen, johon menet sairaanhoitajan saattamana.

Leikkauksen aikana

Leikkaus tehdään nukutuksessa. Sinulle laitetaan virtsakatetri, jotta virtsan eritystä voidaan seurata leikkauksen aikana.

Leikkauksessa tehdään vatsan alueelle pieniä haavoja joiden kautta leikkaus tehdään.

Joissakin tapauksissa käy leikkauksen aikana ilmi, että leikkausta ei voida tehdä tähytämällä, jolloin leikkaus muutetaan avoimeksi leikkaukseksi.

Leikkauksessa poistettu munuainen tai sen osa otetaan näytteeksi ja lähetetään tarkempaan mikroskooppiseen tutkimukseen.

Leikkauksen jälkeen

Sinut viedään heräämöhön, jossa vointiasi seurataan, kunnes se on vakaa. Tämän jälkeen sinut siirretään osastolle.

Osastolla matkapuhelimen käyttö on sallittu jokaisessa huoneessa paitsi huoneessa 1. Ystävällisesti pidä matkapuhelin äänettömällä osastolla ollessasi.

Sinulle on leikkaussalissa saatettu laittaa epiduraalikatetri joka huolehtii kivunlievityksestä. Epiduraalikatetri poistetaan 1-3vrk kuluttua toimenpiteestä. Tarvittaessa saat lisälääkitystä.

Virtsakatetri poistetaan epiduraalikatetrin poiston jälkeen.

1. päivänä leikkauksesta aloitetaan liikkuminen hoitajan ja fysioterapeutin tuella.

Leikkauksen jälkeisenä päivänä saat syödä nestemäistä ruokaa ja sen jälkeen tavallista ruokaa.

Tärkeitä kellonaikoja osastolla A3

Kl. 7 tulee laboratoriohoitajat ja ottavat verinäytteitä.

Kl. 8 aamupala.

Kl. 8-9 lääkärinkierto.

Kl. 9 -> kotiinlähtevien uloskirjaus.

Kl. 11.30 lounas.

Kl. 14-15 Iltapäivän lääkkeiden jako sekä vierailuaika.

Kl. 16.30 päivällinen.

Kl. 18-19 vierailuaika, jonka jälkeen iltapalan sekä iltalääkkeiden jako.

Kl. 22 yöhoitajat kiertävät.

Omaiset

Vierailuajat ovat klo 14-15 ja klo 18-19. Jos ajat eivät sovi voit keskustella hoitohenkilökunnan kanssa muista ajoista.

Älä tule vierailulle jos olet vilustunut, eikä mielellään leikkauspäivänä Ainoastaan 2 vierailijaa yhtä aikaa. Toivoisimme, että omaiset keskenään sopisivat yhdys henkilöstä, joka soittaa osastolle ja tiedustelee potilaan vointia.

Leikkauksen jälkeen potilas viedään heräämöhön. Tiedustella voit heräämöstä 3231420

Myöhemmin illalla/seuraavana päivänä hoito jatkuu A3:lla puh:3231672

Lääkäri on tavattavissa arkisin noin klo 9 puh 3231672

4 JÄLKIHOITO

Kotiutuminen tapahtuu yleensä 2-3 päivän kuluttua leikkauksesta, kun lääkärinkierto on ohi ja kaikki paperit kunnossa.

Kipulääkereseptin ja jatkokontrolliajan kirurgian poliklinikalle saat mukaasi.

Lääkäri määrää sairauslomaa 4-6 viikkoa, joiden aikana sinun täytyy välttää painavien tavaroiden nostamista (ei yli 10 kg). Saat syödä ja juoda normaalisti.

Osastolta saat mukaasi haavanhoito-ohjeen.

Ompeleiden poisto lähimmässä terveyskeskuksessa 9-10 pv leikkauksesta.

Suihkussa saat käydä heti, mutta saunaan vasta ompeleiden poiston jälkeen.

Epikriisin (hoitojakson kertomus) saat postitse kotiin.

5 YHTEYSTIEDOT

Puhelinnumero 3231672 (A3)

Uroterapeutin puhelin numero 213 4677 **To** ja **Pe** klo. 7-15

Urologian vastuuhoidajan puhelin numero **Ma - Pe** klo. 7-15 : 040- 867 1672

LÄHTEET:

Ehnström, P. 2013. Urologian apulaisylilääkäri. Vaasan keskussairaala. Haastattelu 18.2.2013.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Seinäjoen keskussairaala. Urologian toimintayksikkö. Ohjeita munuaisen täyhystysleikkaukseen tulevalle potilaalle. Potilasohje. Viitattu 10.2.2013
http://www.epshp.fi/files/1714/Munuaisen_poisto_tahystysleikkauksella.pdf

Vaasan keskussairaala. Munuaisen poisto, Nefrektomia. Viitattu 10.2.2013
<http://www.vaasankeskussairaala.fi/WebRoot/1013451/Potilasohjeet/Munaisleikkaus,%20Nefrektomia.pdf>

Vaasan keskussairaalan sydän-, verisuonikirurgian- ja urologian osasto A3